E.2 Psicoterapia Grupal de Pacientes Internados

Virginia Brabender, Ph.D.

INTRODUÇÃO

A psicoterapia grupal de pacientes internados tornou-se independente na década passada. Embora grupos desses pacientes tenham sido conduzidos desde o começo do século, durante muitos anos eles foram dirigidos utilizando-se abordagens originalmente desenvolvidas para pacientes ambulatoriais a longo prazo. Cada vez mais, porém, os terapeutas reconheceram que, para ser eficaz, o grupo de pacientes internados deve ter metas, uma estrutura e métodos de intervenção feitos sob medida para suas características especiais. Desse reconhecimento surgiu um certo número de novas abordagens.

HISTÓRIA

As primeiras abordagens à psicoterapia grupal de pacientes internados foram primariamente educativas. Edward Lazell (1921), a quem, geralmente, credita-se a fundamentação dessa psicoterapia, desenvolveu uma abordagem didática ao tratamento grupal de pacientes esquizofrênicos do St. Elizabeth's Hospital e pronunciou palestras introdutórias sobre princípios psicanalíticos a pacientes do hospital. A meta do tratamento era os membros ganharem tolerância quanto a suas vidas instintuais reprimidas, de maneira que se apoiassem menos em sintomas para ocultar conteúdos psicológicos por eles desviados.

L. Cody Marsh (1931) também utilizou uma abordagem de conferências com os pacientes e os membros do quadro de pessoal do Hospital Estadual de Worcesser, mas suplementava suas palestras com qualquer técnica (música, dança, leituras inspiracionais, por exemplo) que ajudasse a criar um clima emocional positivo. Via o valor do grupo não tanto no que os membros aprenderiam, mas no *esprit de corps* que se desenvolveria entre eles.

A abordagem didática permaneceu popular até a II Guerra Mundial. Muitos de seus praticantes utilizavam palestras breves e histórias clínicas dentro da sessão. Esse período, entretanto, viu também a introdução de elementos experienciais no grupo. Louis Wender (1936), por exemplo, percebeu o valor da exploração de reações transferenciais dos membros ao grupo que tinham raízes em suas famílias de origem. Acreditou que a presença de "irmãos e irmãs" dentro do grupo amplia as possibilidades transferenciais da terapia grupal em relação à terapia individual.

Durante a II Guerra Mundial, a psicoterapia grupal de pacientes internados floresceu como modalidade em muitos hospitais militares. O movimento da comunidade terapêutica, iniciado na Inglaterra, revolucionou a maneira como cuidados eram fornecidos em *settings* psiquiátricos de pacientes internados (Main, 1946). Uma comunidade terapêutica é um *setting* não autoritário em que uma variedade de grandes e pequenos grupos são conduzidos de maneira a que os membros do quadro de pessoal e os pacientes possam explorar suas experiências de aqui-e-agora (ou imediatas), o que, em última análise, fornece oportunidades para que os membros da comunidade relacionem-se uns com os outros por novas maneiras (Clark, 1965). A comunidade terapêutica foi importante por fornecer um pouco da matéria-prima observacional para a descoberta das forças em nível grupal que transcendem as qualidades dos membros individuais do grupo. A comunidade terapêutica também proporcionou aos praticantes grupais uma oportunidade de identificar os paralelos existentes entre a dinâmica da unidade e a dinâmica do grupo psicoterápico e perceber como as operações que ocorriam numa das esferas afetavam as da outra. Sigmund H. Foulkes (1948) escreveu explicitamente a respeito de como o trabalho do grupo psicoterápico pode fazer progredir a vida da comunidade e como essa última pode fazer avançar o trabalho do grupo. Embora a literatura especializada reflita esse reconhecimento através dos anos, foi somente no início da década de 80 que o conhecimento dos relacionamentos unidade-grupo influiu na maneira pela qual grupos de pacientes internados são dirigidos.

Durante o período do pós-guerra, um movimento eclético liderado por Florence Powdermaker e Jerome Frank (1952) envolveu a integração de uma perspectiva psicodinâmica com um método interpessoal para afetar a mudança (Anthony, 1972). A meta, a resolução intrapsíquica do conflito, era perseguida através da exploração de experiências de aqui-e-agora. Dentro dessa abordagem, o terapeuta fomentava uma ampla gama de auto-revelações, ao mesmo tempo em que transmitia aos membros a mensagem de que mesmo os afetos mais perturbadores que revelassem seriam aceitáveis. Durante esse mesmo período, Elvin Semrad e seus colegas do Hospital Estadual de Boston aplicaram uma abordagem psicodinâmica ao tratamento de pacientes crônicos (Standish, Semrad, 1951). Essa abordagem enfatizava a importância de o terapeuta descobrir os significados latentes nas comunicações mais desorganizadas e rudimentares dos pacientes. A ênfase dada por autores psicodinâmicos do pós-guerra à importância da interação membro-a-membro, à utilidade de descodificar-se o significado das expressões verbais de um paciente e à necessidade de criar uma atmosfera de aceitação dentro do grupo foram incorporadas a abordagens recentes a grupos de pacientes internados.

Dos meados aos fins da década de 70, praticantes grupais com pacientes internados usaram com freqüência abordagens interpessoais nas quais aplicaram muitas das idéias apresentadas por Irvin Yalom (1970). Esse descreveu uma abordagem que abrange a meta da mudança interpessoal, tal como descrita por Harry Stack Sullivan, com um método de aqui-e-agora. A ênfase no aqui-e-agora foi inspirada, pelo menos em parte, por Kurt Lewin e o movimento dos grupos de encontro. Lewin e outros demonstraram que o processo pelo qual os membros de um grupo fornecem *feedback* uns aos outros é altamente eficaz para induzir a mudança interpessoal (Yalom, 1985).

Até o final da década de 70, os autores tendiam a ver a terapia ambulatorial a longo prazo como o protótipo do trabalho grupal. Não foram suficientemente apreciadas as maneiras pelas quais as necessidades e os recursos dos membros de grupos de pacientes internados diferem dos de suas contrapartidas ambulatoriais tipicamente menos regredidas e menos aflitas. Minimizou-se também o grau em que o *setting* e as característi-

cas do próprio grupo diferem das de um grupo ambulatorial a longo prazo. Essa falha em reconhecer o que distingue um grupo de pacientes internados de um grupo ambulatorial conduziu a uma ênfase em metas, tais como o *insight*, que não são apropriadas para o primeiro grupo acima citado. Como Howard Kibel (1981) observou, o fomento do *insight* em estados desviados de afeto, amiúde, leva a maior descompensação, uma vez que os pacientes internados não têm nem o tempo nem os recursos para dominarem o que possam descobrir.

Dois fatores levaram a mudanças substantivas nas abordagens à psicoterapia grupal de pacientes internados. Um deles foi a descoberta de que as abordagens anteriores não haviam sido tão eficazes quanto seus praticantes haviam esperado que fossem. A decepção com as abordagens existentes refletiu-se através de um elemento de pessimismo nos textos sobre psicoterapia grupal dos meados da década de 70 (Kibel, 1992). Um segundo fator foi a compreensão de que certas mudanças nos parâmetros da própria hospitalização psiquiátrica, tais como a redução na duração média da internação (Kiesler, Simpkins, 1991), colocavam as diferenças existentes entre a psicoterapia grupal ambulatorial e a de pacientes internados em nítido relevo. Desde o final da década de 70 a literatura tem refletido a percepção crescente de uma verdade simples: grupos de pacientes internados não são grupos de pacientes ambulatoriais. Essa percepção demonstrou-se numa azáfama de construção de modelos e desenvolvimento de técnicas que continua até a presente data.

QUESTÕES TEÓRICAS

Subjacente a qualquer abordagem da psicoterapia grupal de pacientes internados existe uma opinião explícita ou implícita da natureza e causa da psicopatologia. Uma distinção heurística que tem sido apresentada é a de presumir a abordagem que a psicopatologia reflete na presença de uma deficiência ou de um conflito (Kibel, 1987b). Dentro da perspectiva de deficiência, a psicopatologia é vista como causada pela ausência de algum produto psicológico necessário a um bom ajuste. Nessa visão, a deficiência é conseqüência da carência que a pessoa tem de certas experiências decisivas que, normalmente, conduzem à aquisição de alguma habilidade, estrutura ou processo. Um exemplo de modelo de deficiência é o modelo da solução de problemas (Coche, 1987), que sustenta que a psicopatologia resulta da incapacidade que a pessoa tem de gerar e avaliar certo número de alternativas numa situação de solucionar problemas. O requisito óbvio para tratamento, então, é fornecer à pessoa as experiências de crescimento necessárias para remediar a deficiência. Entre as variadas abordagens de deficiência, há controvérsia quanto à natureza da deficiência — isto é, se o que falta é uma habilidade, um conjunto particular de comportamentos ou um mecanismo intrapsíquico.

Uma perspectiva alternativa é a de que a psicopatologia se deve a um conflito (Kibel, 1981, 1987b) criado por estados de afeto que se opõem. Exemplificando, a abordagem de sistemas gerais das relações objetais, método baseado no conflito, vê a aguda aflição e os sintomas que precipitam a hospitalização como resultado da presença simultânea de representações do *self* e dos outros libidinais (ou de tom positivo) e agressivas (ou de tom negativo). A prescrição terapêutica para os pacientes internados então é ajudar o paciente a tolerar melhor a presença dos elementos hostis dentro do *self*, auxiliando-o a dissociar as representações agressivas das representações libidinais. Numa base de longo prazo, o tratamento após a hospitalização dirige-se no sentido de ajudar os pacientes a integrarem representações positivas e negativas.

A controvérsia teórica deu origem a uma variedade de outras diferenças a respeito da maneira pela qual um grupo de pacientes internados deve ser dirigido. Um exemplo primário refere-se a como a agressão deve ser manejada no grupo. Todos os clínicos concordam que as hostilidades dos pacientes, particularmente aquelas que os membros manifestam uns com os outros, devem ser cuidadosamente monitoradas. No entanto, as abordagens diferem sobre até onde a expressão hostil deve ser apoiada. Para os modelos de deficiência, as dificuldades dos membros com a raiva são geralmente vistas como secundárias à falta que eles têm de algum produto psicológico cuja presença levaria à dissipação da hostilidade extrema que os pacientes internados, amiúde, manifestam. Se o grupo remedia a deficiência, não mais precisa voltar-se para a raiva diretamente dentro do grupo. Já dentro de um modelo de conflito, particularmente um que se baseie numa visão kernberguiana do desenvolvimento (Kernberg, 1975), o paciente é visto como tendo dificuldade em administrar a coexistência da raiva com outros estados afetivos. Desencorajar sutilmente a expressão de raiva no grupo é vista como contraterapêutica, pois isso reforça a crença de que a raiva é um estado inaceitável. Daí, dentro de um modelo de conflito, ser provável que o terapeuta grupal permita a expressão da raiva, particularmente para com o terapeuta, o grupo, ou aspectos das vidas do membros como pacientes internados.

ASPECTOS DISTINTIVOS

O grupo de pacientes internados distingue-se de muitos outros tipos de grupos tanto pelas características da população a que serve quanto pelo *setting* em si. Tipicamente, os grupos de pacientes internados são diagnosticamente heterogêneos, mas tem havido uma tendência no sentido da criação de grupos diagnosticamente homogêneos. Por exemplo, formatos têm sido desenvolvidos para o tratamento da esquizofrenia (Kanas, Barr, 1983), da depressão (Betcher, 1983) e da anorexia nervosa (Hendren, Atkins, Sumner, Barber, 1987; Duncan, Kennedy, 1992).

Pacientes

Comparados com os pacientes ambulatoriais, os pacientes internados apresentam dano maior no funcionamento do ego; acham-se mais profundamente em desvantagem em funções do ego, tais como relação com a realidade, controle de impulsos e afetos, bem como na capacidade de manter relacionamentos estáveis e de tom positivo com outras pessoas; os pacientes internados também tendem a apresentar operações defensivas mais primitivas, tais como projeção e cisão. É decisivo considerar tais áreas de fraqueza do ego no planejamento do tratamento. Quando uma abordagem exige mais recursos do ego que os pacientes possuem, o tratamento tem probabilidade de fomentar a regressão, em vez de refreá-la.

Apesar do fato de os pacientes internados inclinarem-se para a extremidade inferior do *continuum* de funcionamento do ego,

eles mostram uma variabilidade considerável nessa dimensão. Exemplificando, enquanto os pacientes psicóticos apresentam uma incapacidade de distinguir entre o *self* e os outros ou entre a realidade e a fantasia, os pacientes com transtornos de personalidade são mais capazes de efetuar essas distinções. O alto nível de variabilidade no funcionamento do ego incitou muitos terapeutas a ver méritos em organizar os grupos de pacientes internados de acordo com o nível desse funcionamento (Leopold, 1977; Yalom, 1983). Os pacientes com baixo funcionamento do ego exigem um alto nível de estrutura para que se beneficiem da participação em grupos. Les Greene e Marilyn Cole (1991), por exemplo, descobriram que um grupo psicótico percebia-se mais positivamente que no passado, após haver participado de um grupo de atividade altamente estruturado. Em contraste, um grupo de pacientes com transtorno *borderline* de personalidade (presumidos como a operarem em nível mais alto de funcionamento do ego que o grupo de comparação) saiu-se melhor num grupo interacional menos estruturado.

Uma das dimensões em que os pacientes internados são relativamente homogêneos é em seu nível de aflição. Os pacientes tendem a ser altamente aflitos por causa de uma variedade de fatores: as circunstâncias que levaram sua hospitalização, o senso de fracasso por necessitar dela (Yalom, 1983; Kibel, 1992) e os muitos estresses que surgem da vida numa unidade de pacientes internados. O alto nível de aflição deve ser levado em consideração ao planejar-se o tratamento grupal. Se o grupo em si intensifica o nível já alto de ansiedade dos membros, é provável que precipite uma maior desorganização. Inversamente, se a atmosfera do grupo alivia a ansiedade dos membros, a participação grupal é intensificada.

Status de Subsistema

Uma característica muito importante do grupo de pacientes internados é que ele geralmente ocorre dentro do contexto de uma unidade de tratamento. O grupo de pacientes internados, em vez de ser um sistema por seu próprio direito, com propriedades estruturais distintas (normas, metas e papéis, por exemplo), constitui um subsistema do contexto terapêutico em que se acha engastado. Por causa do *status* de subsistema do grupo, as informações, constantemente, deslocam-se *de* e *para* o ambiente (*milieu*) ou o meio-ambiente (*environment*) de tratamento mais amplo. Muitos estudos demonstraram que as questões, os valores e os estados afetivos dominantes do ambiente filtram-se até o grupo, e, por essa razão, o grupo de pacientes internados é encarado como fornecendo uma biópsia da unidade (Levine, 1980).

Uma das implicações do *status* de subsistema do grupo é que esse deve ser compatível com o *ethos* total do ambiente. Exemplificando, Sigmund Karterud (1988) descobriu que o clima global da unidade afetava aspectos altamente específicos do grupo psicoterápico, tais como o grau em que os membros expressavam afeto, enfocavam suas experiência imediatas no grupo e engajavam-se na solução de problemas extragrupais. Daí o psicoterapeuta grupal dever manter em mente quais processos terapêuticos são compatíveis com os fomentados pelo ambiente mais amplo.

Situar-se o domicílio do grupo dentro de meio-ambiente de tratamento exige também que o psicoterapeuta grupal dê atenção à atitude da equipe de tratamento para com o grupo. Quando os membros do quadro de pessoal não valorizam a terapia grupal, os membros do grupo adotam essa avaliação negativa (Leonard, 1973). O sucesso de qualquer grupo de pacientes internados exige o que Cecil Rice e J. Scott Rutan (1981) denominaram de "clima pró-grupal", ou seja, a presença de um meio-ambiente que nutra o grupo, em vez de solapá-lo. Um clima pró-grupal traz consigo o endosso dos objetivos e métodos do grupo pela equipe de tratamento. Ele se manifesta nos esforços que os membros do quadro de pessoal fazem para proteger o grupo quanto a violações de sua integridade, tal como acontece quando uma enfermeira informa a um especialista médico visitante que um paciente não estará disponível para consulta antes de a sua sessão grupal terminar.

O fato de o grupo se reunir na unidade significa que a sessão é apenas uma de um certo número de intervenções que os pacientes recebem. A multiplicidade de modalidades exige que cada uma delas, inclusive o grupo psicoterápico, seja coordenada com todas as outras, a fim de que o "pacote" de tratamento, como um todo, seja abrangente e coerente (MacKenzie, 1990). Com a coordenação, poupam-se aos pacientes os efeitos negativos dos terapeutas quer de duplicarem desnecessariamente os esforços de outros, quer de trabalharem com intuitos cruzados.

Parâmetros de Operação

Embora a literatura contenha exemplos de grupos a longo prazo de pacientes internados, a experiência grupal modal com esses pacientes é a curto prazo; alguns deles participam de um grupo por uma única sessão. Em vista da brevidade atual das hospitalizações, os membros do quadro de pessoal, com freqüência, vêem necessidade de admitir pacientes num grupo assim que ingressam no hospital e fazem-nos continuar nele até a data da alta. A fim de maximizar a duração da participação de cada paciente num grupo, os membros do quadro de pessoal, amiúde, deixam em aberto o final dos grupos de pacientes internados; em qualquer sessão determinada, membros novos podem estar ingressando neles e membros antigos, indo embora. Dessa maneira, o terapeuta deve estabelecer metas que sejam suficientemente modestas e específicas para serem alcançadas dentro de uma única sessão.

A brevidade da participação dos membros e a veloz rotatividade de filiação também exigem que o terapeuta tente mobilizar somente aqueles processos que são característicos de um grupo desenvolvimentalmente imaturo. Exemplificando, membros nos estágios iniciais de desenvolvimento são altamente inclinados a encontrar pontos comuns nas experiências uns dos outros (Brabender, 1985). Esse processo pode ser posto a serviço da terapia, quando o reconhecimento, pelos membros, de suas experiências partilhadas permite-lhes tolerar aqueles sentimentos e impulsos que, antes da participação no grupo, imaginavam que somente eles experienciavam.

MODELOS E TÉCNICAS

Os modelos contemporâneos de psicoterapia grupal de pacientes internados partilham de várias características (Brabender, Fallon, 1993). A maioria dos modelos estabelece metas alta-

mente específicas, particularmente em relação à maior parte das abordagens ambulatoriais. As metas, geralmente, foram selecionadas com o reconhecimento tanto dos recursos limitados dos pacientes quanto da brevidade típica da experiência grupal. Os modelos existentes exigem que o terapeuta persiga os objetivos do tratamento mediante o uso ativo de um conjunto bem-articulado de intervenções. A maioria dos modelos abstém-se de um enfoque exclusivo na expressão afetiva ou na catarse, as quais, geralmente, descobriu-se não terem sucesso com pacientes internados. Em vez disso, abordagens atuais, embora permitindo o surgimento de afeto em graus variados, apresentam aos membros uma estrutura através da qual podem cognitivamente organizar suas experiências. Os modelos contemporâneos concedem alto nível de ênfase à exploração, pelos membros, de suas transações dentro do grupo — isto é, enfocam-se no aqui-e-agora. Pouca ou nenhuma ênfase é dada aos determinantes históricos de problemas psicológicos. A maioria dos modelos exige que o terapeuta leve em conta o domicílio do grupo num *setting* de tratamento cujos aspectos estruturais e dinâmicos afetam a operação do grupo. Entretanto, os modelos diferem uns dos outros quanto à maneira pela qual levam em consideração o ambiente.

Modelos de Desenvolvimento de Habilidades

Os modelos de desenvolvimento de habilidades partilham com os métodos didáticos primitivos a percepção do grupo como um lugar em que uma aprendizagem pode se dar. Entretanto, enquanto as primeiras abordagens visavam a ajudar os pacientes a adquirir informações, os modelos didáticos de hoje auxiliam os membros a adquirir habilidades específicas. Dentro de uma sessão, as intervenções dos terapeutas envolvem a criação de oportunidades estruturadas para que os membros pratiquem suas habilidades.

Modelo educativo. O modelo educativo proposto por Jerrald Maxmen (1978, 1984) visa a ajudar os membros a adquirirem a habilidade de pensar clinicamente, o que acarreta reconhecerem as circunstâncias que levam a uma exacerbação ou melhoria dos sintomas, de maneira que os membros possam conquistar algum controle sobre os últimos. A presunção é de que, se os membros puderem aprender a pensar clinicamente em relação aos outros membros do grupo, serão capazes de invocar essa capacidade, quando ela for necessária, após a alta do hospital. Embora o terapeuta enfoque as experiências dos membros dentro do grupo, os problemas debatidos devem especificamente relacionar-se aos problemas pelos quais os membros foram hospitalizados.

Modelo de solução de problemas. Esse modelo (Coche, 1987), baseado no trabalho de George Spivack e Myrna Shure (1974), auxilia os membros a adquirirem boas habilidades em solucionar problemas interpessoais. O modelo presume que os pacientes psiquiátricos são deficientes em habilidades de solução de problemas e que seus sintomas se devem, em parte, a essa deficiência. O modelo presume ainda que uma melhora nas habilidades de solução de problemas realçará a auto-estima dos membros e, por esse meio, torná-los-á mais capazes de desempenhar tarefas cotidianas e menos vulneráveis à recrudescência dos sintomas. Faz-se os membros do grupo passar por uma série de etapas de solução de problemas, as quais incluem (1) esclarecer o problema, (2) gerar alternativas, (3) avaliar essas últimas, (4) desempenhar papéis e (5) relatar ao grupo o resultado de diferentes soluções. A abordagem tem sido usada com uma ampla gama de grupos etários e categorias diagnósticas.

Modelo de habilidades sociais. O modelo comportamentalmente orientado de habilidades sociais fomenta a aquisição de variadas habilidades interpessoais, dividindo cada uma delas em múltiplos componentes comportamentais. Exemplificando, a habilidade de dar início a uma conversa pode ser dividida em componentes básicos tais como ficar a uma distância apropriada de outra pessoa, modular a própria voz, cumprimentar, formular perguntas e escutar as respostas. Esses comportamentos componentes são então ensinados mediante o uso de intervenções comportamentais tradicionais, tais como ensaio, modelação e desempenho de papéis. O modelo de habilidades sociais tem sido aplicado a diversas populações psiquiátricas, mas tem utilidade particular nas populações com transtornos crônicos (Liberman, Mueser e Wallace, 1986).

Modelo cognitivo-comportamental. O modelo cognitivo (Freeman, 1987) busca alterar cognições que se presume que controlem afetos desagradáveis. Através da participação grupal, os membros não apenas alteram pensamentos negativos específicos, mas aprendem também um método pelo qual novos pensamentos que façam vir à tona a depressão podem ser identificados e reduzidos em freqüência e intensidade. Dentro do grupo, os membros recebem informações didáticas sobre a relação entre cognição e afeto, são-lhes dados deveres de casa que envolvem a identificação, o teste e a alteração de cognições disfuncionais e passam em revista as atribuições de casa da sessão anterior. O modelo cognitivo-comportamental tem sido usado primariamente no tratamento de transtornos depressivos e de ansiedade.

Modelos Interpessoais

Uma segunda classe importante de modelos, os modelos interpessoais, proporciona aos membros a oportunidade de aprenderem sobre seus estilos de relacionar-se e corrigirem distorções em suas maneiras de ver a si mesmos e aos outros mediante a exploração de seu relacionamento com membros do grupo. Antes da década de 80, as abordagens interpessoais a grupos de pacientes internados envolviam sessões relativamente não estruturadas em que os membros eram incentivados a engajar-se em aprendizagem interpessoal dentro do contexto contemporâneo (o aqui-e-agora) do grupo. Embora tais abordagens continuem a ser utilizadas em certos *settings* de pacientes internados, tem havido um movimento no sentido de uma aplicação estruturada da abordagem interpessoal.

Yalom (1983) tem sido o principal proponente de uma abordagem interpessoal altamente estruturada. Observou ele que a breve permanência do paciente no grupo de pacientes internados não permite uma mudança interpessoal substancial. Uma meta realista, argumentou, é proporcionar ao paciente uma experiência terapêutica positiva. Além disso, dentro da abordagem interpessoal estruturada, os membros são ajudados a (1) ver que falar ajuda, (2) isolar áreas problemáticas para trabalho futuro e (3) aliviar um pouco da ansiedade estimulada por sua vida numa unidade de pacientes internados. Todas estas metas específicas apóiam a busca de uma meta de cúpula: intensificar a motivação do paciente a continuar em terapia ambulatorial.

Em consonância com esses objetivos, Yalom propôs dois modelos: o modelo de pauta interacional e o modelo grupal de enfoque. Cada um deles se dirige a uma população de pacientes em níveis diferentes de funcionamento.

Modelo de pauta interacional. Esse modelo destina-se ao tratamento de pacientes de funcionamento elevado. Dentro de cada sessão, os membros estabelecem uma ordem do dia relacionada a um problema interacional para o qual se podem voltar dentro do contexto de seus relacionamentos uns com os outros. A pauta deve ser suficientemente concreta para poder ser completada dentro de uma única sessão. Dadas as limitações temporais dessa, o terapeuta tenta entretecer as pautas de membros diferentes.

Enquanto se percorria a ordem do dia, Robin disse que queria descobrir se os homens a odeiam, porque fala demais. O terapeuta trabalhou com ela para formular uma pauta específica pertinente a seu relacionamento com os outros membros. Na pauta revista, Robin solicitaria *feedback* sobre se os homens do grupo sentiam-se irritados, quando ela falava sobre si mesma. Um outro membro, Max, estabeleceu como sua pauta "não deixar seu sentimento de ressentimento com os outros membros ferver dentro de si em fogo lento, mas dar vazão a seus sentimentos". O terapeuta integrou ambas as pautas, fazendo um acordo com Robin para conferir intermitentemente com Max o que esse estava sentindo a respeito dela.

Após os membros haverem estabelecido suas agendas, eles trabalham para realizá-las. A sessão termina por um sumário em que observadores e co-terapeutas oferecem seus comentários a respeito do grupo, seguida por uma discussão final dela por parte dos pacientes e dos terapeutas.

Tal como outras aplicações da abordagem interpessoal, a pauta interacional apóia-se intensamente na aprendizagem interpessoal, que é um processo baseado na presunção de que a psicopatologia e os sintomas resultam de relacionamentos interpessoais mal-adaptativos. O modelo também presume que os membros, inevitavelmente, recapitulam suas dificuldades interpessoais no pequeno grupo terapêutico. No exemplo acima, presume-se que, se Robin fala demais e escuta de menos em suas interações com homens de fora do grupo, ela tem probabilidade de fazê-lo também no grupo. Daí ser tarefa do terapeuta ajudar os membros a desenvolverem relacionamentos gratificantes que sejam livres de distorções, ajudando-os a enfocarem-se em seus relacionamentos mútuos. A aprendizagem interpessoal envolve um processo de dois estágios: os membros interagem livremente em base espontânea e afetiva e, depois, passam a refletir sobre suas interações mútuas (Yalom, 1985). Para que a aprendizagem interpessoal progrida num grupo de pacientes internados, o terapeuta tem de ser altamente ativo na estruturação das interações entre os membros. Os comentários dele destinam-se a facilitar o enfoque dos membros no aqui-e-agora, manter um clima emocional apoiador que seja globalmente de tom positivo e certificar-se de que a hostilidade ingressa minimamente no grupo (Yalom, 1983).

Modelo grupal de enfoque. A abordagem grupal de enfoque de Yalom é projetada para pacientes de funcionamento baixo que não são capazes de tolerar a ansiedade associada ao modelo de pauta interacional. O modelo envolve a participação dos membros em exercícios interpessoais estruturados, destinados a aumentar seu senso de segurança em estar com outras pessoas e a dilatar sua capacidade de perceber com exatidão a realidade (Yalom, 1983; Vinogradov, Yalom, 1989). Embora o modelo grupal de enfoque também se apóie na aprendizagem interpessoal, o enfoque de aqui-e-agora é cuidadosamente calibrado no nível de interação que os membros podem tolerar. Yalom enfatizou que um meio-ambiente apoiador é de importância suprema nesse tipo de grupo.

Modelos Psicodinâmicos

Uma terceira classe de modelos é de orientação psicodinâmica. Eles se unem por seu esforço em promover mudança intrapsíquica. Um modelo psicodinâmico particularmente bem articulado (Kibel, 1981) integra a teoria das relações objetais com a teoria geral dos sistemas. Dentro desse modelo, os pacientes podem exigir hospitalização por causa de um fracasso da cisão, mecanismo defensivo em que os pacientes *borderline* comumente se apóiam para a manutenção de seu bem-estar. A cisão acarreta a separação intrapsíquica, pela pessoa, de imagens positivas e negativas do *self* e dos outros. A conseqüência da perda da cisão é que afetos e impulsos negativos, especialmente os hostis, permeiam a percepção que a pessoa tem do *self* e dos outros. As percepções negativas conduzem facilmente a intercâmbios hostis e voláteis com outras pessoas.

Embora o modelo veja os membros do grupo de pacientes internados como tendo grande potencial regressivo, ele reconhece o poder da unidade psiquiátrica para estimular o processo regressivo. A ambigüidade e a multiplicidade de papéis que os membros do quadro de pessoal e os pacientes têm uns para com os outros, a perda pelo paciente de papéis familiares e os eventos frustrantes e imprediziveis (fugas, férias do quadro de pessoal, tentativas de suicídio, por exemplo) que são coisa comum numa unidade de pacientes internados, provocam, todos eles, desorganização intrapsíquica e preparam o palco para que os membros atuem suas transferências negativas mútuas. Através da identificação projetiva, os pacientes tentam fazer com que outros (tanto pacientes quanto membros do quadro de pessoal) experienciem seus próprios estados afetivos indesejados como meio de conseguir livrar-se deles e, por esse meio, tornar consistentes suas próprias autopercepções. Esses esforços e as reações contratransferenciais dos membros do quadro de pessoal a eles criam uma atmosfera de tensão e volatilidade.

A aplicação da teoria geral dos sistemas (von Bertalanffy, 1968) ao grupo de pacientes internados traz uma percepção de como o grupo pode ser usado para reduzir tensões baseadas na unidade terapêutica e ajudar os membros a retornarem a seu nível pré-mórbido de funcionamento, através da reaquisição do mecanismo da cisão. A aplicação de uma perspectiva geral de sistemas leva à compreensão de que o grupo psicoterápico é um subsistema da unidade hospitalar. O fluxo contínuo de informações entre a unidade e o grupo torna o último permeável a todas as tensões que existem na unidade entre todos os membros do quadro de pessoal e todos os pacientes. A natureza altamente interacional e enfocada do pequeno grupo e a presença de uma autoridade clara na figura do terapeuta (a quem os membros vêem como representante da equipe de tratamento) leva à intensificação e à dramatização da dinâmica da unidade.

O segmento seguinte, extraído de uma sessão grupal, mostra como o material de uma sessão reflete as preocupações estimuladas pela vida na unidade:

> Uma das integrantes deu início à sessão falando sobre o desejo que tinha de tirar uma soneca. Outro membro perguntou à terapeuta, que havia estado ausente, se estava com pena de suas férias haverem terminado. Uma terceira integrante apontou que o que falara anteriormente não sabia se a terapeuta havia estado em férias, que talvez houvesse estado doente, como a psiquiatra dela, que estivera ausente por três dias, com gripe. Os membros do grupo continuaram a falar de maneira vaga, e a terapeuta observou que um ar de cautela impregnava o grupo. Pensou consigo mesma, em voz alta, se os membros estariam preocupados com o quadro de pessoal, uma vez que, na noite anterior, um certo número de pacientes da unidade havia visto um paciente psicótico infectado com o vírus da imunodeficiência humana (HIV) morder um elemento do quadro. Após esse comentário, os membros passaram a falar com grande energia a respeito do acontecimento da noite anterior e suas diversas reações a ele: sua ansiedade a respeito da vulnerabilidade do quadro de pessoal e o potencial de retaliação desse, sua inveja dos membros do quadro em face da ameaça, seus medos a propósito de sua própria segurança e sua raiva de que os membros do quadro pudessem não estar protegendo suficientemente quer a si próprios, quer aos pacientes.

Dentro do modelo psicodinâmico, o terapeuta efetua interpretações esclarecedoras que identificam paralelos entre as tensões dentro do grupo e as tensões que recaem sobre a unidade (Kibel, 1981). Tais intervenções contribuem para a neutralização da agressão e outros afetos negativamente percebidos, por ajudarem os membros a reconhecer que suas reações negativas dentro do grupo são reações compreensíveis a acontecimentos perturbadores, ou aspectos de suas vidas na unidade. Quando os membros reconhecem essas reações, o grupo oferece-lhes uma rede de segurança que se acha ausente na terapia individual. Mediante sua expressão de afeto negativo para com o terapeuta, os outros membros do quadro de pessoal e o hospital, os membros grupais podem aferrar-se a sua percepção positiva do grupo. A experiência de reter sua imagem positiva do grupo em face de suas expressões hostis diminui o medo que os membros sentem do poder destrutivo dessas expressões. A cisão é restaurada tanto por esse processo quanto pelas muitas oportunidades que os membros têm dentro do grupo de reagir prestativamente uns aos outros. Essas oportunidades sustentam e catalisam a coalescência de suas auto-imagens positivas.

Lidando com Afetos

Os proponentes dos principais modelos contemporâneos acham-se de acordo em que, no grupo de pacientes internados, um elemento cognitivo proeminente deve organizar as percepções que os membros têm de suas experiências com os outros. Menos acordo existe, no entanto, no que concerne ao papel dos afetos, particularmente afetos de tonalidade negativa, tais como a raiva e a inveja. As diferenças entre os modelos têm suas raízes em diferenças fundamentais relativas à posição de cada modelo com respeito à psicopatologia. De modo geral, os modelos baseados no conflito têm mais probabilidade de apoiar o surgimento de sentimentos negativos do que os modelos de deficiência.

> Quando a sessão começou, Alícia estava tendo uma discordância com outra integrante feminina do grupo, Toby. Ela repreendeu Toby por ingressar na sessão que Alícia estava tendo com um psicoterapeuta que ambas partilhavam e exigir a atenção do último. Toby era bem conhecida dos membros do grupo por ser altamente intrusiva no grupo e na unidade. "Mas era uma emergência. Que mais podia eu fazer?", protestou Toby, fazendo beicinho. " Tudo é emergência para você", falou maldosamente outro integrante. Outros membros fizeram que sim com a cabeça e Toby pareceu confusa e ferida.

Nessa situação, Toby ficou em risco de tornar-se o bode expiatório do grupo. A maioria dos modelos atuais fornece ao terapeuta alguns meios de diminuir a hostilidade de membro para membro, protegendo assim Toby dos efeitos indesejáveis dessa atribuição de papel.

Solução de solucionar problemas. O modelo de solução de problemas poderia ajudar Toby a reconhecer que, enquanto ela percebia apenas uma solução única para seu problema, existia uma diversidade de meios de satisfazer seu desejo de receber assistência para sua "emergência". O terapeuta poderia iniciar o processo dizendo:

> Toby defrontou-se com um problema. Teve uma emergência, achou que precisava da atenção imediata do terapeuta e interrompeu a sessão de Alícia. Embora a reação de Toby fosse uma das soluções possíveis, parece que ela despertou alguma irritação nos outros membros do grupo. Talvez existissem algumas outras soluções que Toby não percebeu na ocasião e que poderiam ter tido conseqüências diferentes. Assim, vamos ver o que podemos pensar juntos a respeito desse problema, mas, antes de o fazermos, vamos certificar-nos de que entendemos claramente o problema.

O terapeuta conduziria então o grupo, através da primeira etapa do processo de solução de problemas, qual seja, o esclarecimento do problema. Passando pelas variadas etapas da solução de problemas *vis-à-vis* com o problema de Toby, o grupo receberia uma estrutura cognitiva que teria probabilidade de conter e diminuir o afeto negativo grupal. Poderia também levar Toby a reagir de maneira menos impulsiva às suas necessidades, tornando-lhe o comportamento menos evocador da hostilidade dos membros. Daí, dentro do modelo baseado na deficiência, a aquisição de uma nova habilidade pelos membros para neutralizar a hostilidade dentro do grupo.

Solução de pauta interacional. Dentro desse modelo, uma seqüência típica de acontecimentos em reação à confrontação de Toby por Alícia seria a seguinte:

> Disse o terapeuta: — Alícia e provavelmente outras pessoas estão se sentindo irritadas com Toby por sua maneira de lidar com sua ansiedade. Não é isso, Toby, você não estava se sentindo muito ansiosa?
>
> Respondeu Toby: — Claro que estava e ainda estou, com todos caindo em cima de mim.

Continuou o terapeuta: — Bem, talvez possamos imaginar alguma outra maneira de Toby reagir à ansiedade que realmente a aproxime mais de vocês [referindo-se aos outros membros do grupo], em vez de aliená-los.

Um dos membros disse: — Toby sempre tem de correr até quem estiver encarregado, seja o terapeuta, seja a enfermeira-chefe. O que o restante de nós faz é falar, às vezes, com os outros pacientes da unidade. Há um monte de outros pacientes aqui que me ajudaram. Eu não precisaria entrar correndo na sessão de outra pessoa com seu terapeuta.

O co-terapeuta indagou: — E aqui, o que acontece? Toby denega a si mesma a chance de aproveitar-se das oportunidades de apoio por parte dos outros membros do grupo, como você diz que ela faz na unidade?

Alícia respondeu: — Sim. Quando ela fala, olha somente para você e para vocês [apontando os co-terapeutas]. Quando um de nós lhe responde, ela parece não escutar.

Toby indicou que não tinha ciência de reagir dessa maneira aos outros membros do grupo.

O co-terapeuta disse: — Talvez seja algo com que podemos trabalhar hoje. Quem sabe, Toby, quando algo a torna ansiosa no grupo, você possa tentar partilhar suas reações não apenas com os terapeutas, mas também com os outros membros? Uma das maneiras de fazer isso é tentar olhar para eles, quando está falando. Seria isso uma ordem do dia com que vocês estariam dispostos a trabalhar hoje?

Daí, com o modelo da agenda interacional, o terapeuta incentiva os membros a identificar comportamentos alternativos para o membro que está evocando hostilidade. Ele orienta o grupo, sugerindo comportamentos que têm probabilidade de fazer surgir reações de tom positivo por parte dos outros membros do grupo.

Solução de relações objetais-sistemas gerais. As intervenções tanto do modelo de solução de problemas quanto do modelo interpessoal teriam o efeito de reduzir o nível de hostilidade no grupo. Em contraste, o modelo das relações objetais-sistemas gerais sustenta que, quando não se proporciona aos membros oportunidade de reconhecerem sentimentos negativos e darem voz a esses sentimentos, eles se tornam mais ameaçadores do que no passado. Desse modo, os objetivos do terapeuta são proteger Toby de ser transformada em bode expiatório, ao mesmo tempo em que aceita as expressões de hostilidade dos membros. O terapeuta pode perseguir esses dois objetivos, aparentemente incompatíveis, mediante as seguintes linhas de intervenção:

O terapeuta reconheceu que os membros estavam se sentindo irritados com Toby. Prosseguiu então observando que, com freqüência, alguns deles, tal como Toby, sentem-se num estado de emergência ou crise, precisando de ajuda imediata por parte do quadro de pessoal. O terapeuta reconheceu que, em momentos como esses, é exasperante e irritante ver-se solicitado a esperar por auxílio ou ter o auxílio que se está recebendo interrompido por outro paciente necessitado.

Um dos membros expressou então uma certa raiva a respeito das deficiências de pessoal, dizendo: — Todas as noites eles me dizem "Lamento, mas alguns elementos do quadro faltaram por doença essa noite. Você vai ter de esperar".

Outro membro criticou o terapeuta grupal por falhar em reconhecer quem no grupo tinha a maior necessidade de atenção por parte desse e, também, por deixar de abrir caminho para que esse membro falasse.

Outro membro ainda ponderou em voz alta se o terapeuta não teria favoritos.

O potencial de transformação de alguém em bode expiatório é diminuído nesse modelo através da assistência que os membros recebem para identificarem-se uns com os outros e até mesmo com o membro potencialmente bode expiatório. O terapeuta tenta demonstrar aos membros do grupo que o que eles têm em comum é mais forte do que aquilo que os divide, e o que têm em comum é a hospitalização em si e os aspectos inevitavelmente frustrantes da vida nesse ambiente. Os membros recebem permissão para reconhecer e aceitar suas reações emocionais mediante o reconhecimento de que são partilhadas no grupo e de que são reações razoáveis, consideradas as realidades da vida da unidade (por exemplo, o fato de os membros terem freqüentemente de esperar ou serem, amiúde, interrompidos por outras pessoas necessitadas). Daí o modelo de relações objetais-sistemas gerais baseado no conflito permitir o surgimento de afetos negativos no grupo, mas intencionalmente, por uma maneira que os membros podem tolerar.

QUESTÕES CLÍNICAS

Seleção e Preparação dos Pacientes

Por duas razões, os critérios para incluir pacientes internados num grupo são variados. Primeira, os objetivos de certos modelos são relevantes para alguns pacientes e não para outros. Exemplificando, alguns grupos comportamentalmente orientados enfocam comportamentos particulares que determinado paciente pode não apresentar. Segunda, os modelos variam nas demandas que fazem aos recursos que o paciente tenha para trabalhar no grupo. Por exemplo, alguns modelos, tal como o modelo de pauta interacional, exigem que o membro seja capaz de tolerar a ansiedade evocada por intervenções exploratórias.

Apesar dessa variabilidade nos critérios de inclusão, muitos modelos partilham um certo número de critérios de exclusão. Muitos deles excluem pessoas que são cognitivamente prejudicadas, quer pelas seqüelas de terapia recente de eletrochoque, quer pela presença de uma síndrome mental orgânica. Entretanto, devido ao número crescente de pessoas idosas que estão sendo psiquiatricamente hospitalizadas (fato que reflete mudanças na demografia), abordagens grupais especializadas estão sendo desenvolvidas para pessoas que tenham algum prejuízo orgânico (Saul, 1988). Como o senso de segurança que o membro tem no grupo é de importância suprema, um outro critério exclui pacientes cuja presença no grupo seja um perigo, quer para si mesmos, quer para os outros membros grupais. Outro critério ainda exclui pacientes com um grau de regressão que os torna inacessíveis ao contato humano, ou vulneráveis a uma maior descompensação, quando se envolvem com outras pessoas. O terapeuta deve estar sempre a par das abundantes pressões contratransferenciais presentes no grupo de pacientes internados, pressões que não se mostram menos operativas no

processo de seleção. O terapeuta deve estar vigilante de que a exclusão de um paciente de um grupo baseia-se na realidade e não na contratransferência. Como Kibel (1992) apontou, quando pacientes são excluídos meramente porque suas produções psicóticas desencorajam o terapeuta, envia-se uma mensagem a todos os pacientes do meio-ambiente de tratamento que os aspectos regredidos de seu pensar e seu comportamento são inaceitáveis.

A maior parte dos autores que escreveram sobre psicoterapia grupal de pacientes internados concorda em que a preparação dos pacientes para a experiência grupal é decisiva para seu ingresso bem-sucedido no grupo. A principal função da preparação é ajudar os pacientes a formar expectativas exatas do grupo mediante a apresentação das metas desse e dos meios através dos quais elas serão atingidas. A preparação é também considerada uma oportunidade para apoiar a estabilidade dos limites do grupo, enfatizando a importância do comparecimento regular e da pontualidade.

O formato utilizado ao preparar-se pacientes internados para a experiência grupal é altamente variável. Alguns autores (Coche, Coche, 1986) advogam entrevistas individuais, que dão ao terapeuta ocasião de explorar as resistências que os pacientes tenham a participar do grupo. Outros (Brabender, 1985) vêem uma sessão preparatória de pequeno grupo, com três ou quatro membros, como uma oportunidade que se dá aos pacientes de terem uma experiência não ameaçadora de estarem num grupo com outros. Outros autores ainda (Yalom, 1983) valorizam o aspecto prático de incorporar a preparação ao começo do grupo em si.

Organização do Grupo

O grupo de pacientes internados, tipicamente, reúne-se duas a cinco vezes por semana, por 45 a 75 minutos em cada reunião. Sessões mais breves são geralmente recomendadas para membros de funcionamento baixo.

O grupo compõe-se, usualmente, de sete a nove membros. A facilidade com que possa acomodar mais ou menos membros do que isso depende da abordagem utilizada. Os grupos que enfatizam intervenções em nível individual, tais como os modelos comportamentais, têm probabilidade de serem comprometidos por mais de nove membros. Já as abordagens que dão ênfase à exploração interpessoal e apóiam-se numa diversidade de estilos interpessoais são adversamente afetadas por menos de sete membros.

Papel do Líder

Considerados o breve período de tempo em que os membros tipicamente participam de grupos de pacientes internados, a seriedade de suas patologias e o seu potencial para maior regressão, o terapeuta grupal de pacientes internados deve ser altamente ativo, quando comparado ao terapeuta grupal ambulatorial. Os líderes devem desempenhar um certo número de tarefas importantes, independentemente da abordagem que utilizam no grupo.

Limites. Primeiro, o terapeuta deve administrar os limites do grupo (Rice, Rutan, 1981). O limite que separa o grupo de seu contexto deve ser estável e otimamente permeável. Para ter um limite estável, o terapeuta deve certificar-se de que o grupo começa e termina consistentemente, tem um lugar constante de encontro e não é perturbado por interrupções durante a sessão em si. Essas fontes de estabilidade ajudam os membros a perceberem o grupo como um santuário no qual podem correr o risco de envolverem-se uns com os outros e com a tarefa grupal.

Para uma permeabilidade ótima da fronteira externa do grupo, o terapeuta deve assegurar a existência de um fluxo regular de informações do grupo para a unidade e vice-versa. Como o grupo é afetado pelo ambiente, o terapeuta tem de ter informações sobre esse último, a fim de entender eventos que acontecem naquele. Embora informações desse tipo sejam importantes para todos os terapeutas grupais de pacientes internados, elas são particularmente decisivas para abordagens (o modelo de relações objetais-sistemas gerais, por exemplo) em que o ingrediente mutativo do tratamento grupal é a exploração da relação grupo-ambiente. Um fluxo de informações do grupo para o ambiente, ou, mais especificamente, para a equipe de tratamento, é útil na criação de um clima favorável ao grupo. Quando o terapeuta grupal contribui com *insights* a respeito da dinâmica da unidade que se baseiam na dinâmica grupal, ou sobre as questões interpessoais de pacientes individuais (Kibel, 1987a), os membros do quadro de pessoal conseguem perceber o valor da terapia de grupo.

Apoio emocional. Segundo, o terapeuta deve proporcionar muito apoio emocional (Yalom, 1983), apoio esse que pode assumir muitas formas. Uma delas que recebe ênfase por parte de aderentes de abordagens diferentes é a assistência aos membros em identificarem-se com as experiências uns dos outros, particularmente os membros que se experienciam como separados dos demais por seus sintomas, afetos perturbadores e impulsos. Outras técnicas de fornecer apoio são transmitir uma compreensão empática das experiências dos membros, assumir uma atitude não ajuizadora para com suas experiências e relacionar-se de maneira cordial e reagente. De modo geral, os terapeutas grupais de pacientes internados apresentam um nível moderado de transparência; eles fazem revelações pessoais, quando essas se acham a serviço das metas do grupo.

Estrutura cognitiva. Terceiro, o terapeuta deve fornecer aos membros uma estrutura cognitiva com a qual possam organizar suas experiências. As abordagens atuais diferem quanto ao tipo de estrutura fornecido. Exemplificando, no modelo de solução de problemas, os membros recebem uma seqüência de etapas para com ela organizarem suas operações cognitivas sobre material afetivo. No modelo de relações objetais-sistemas gerais, a estrutura é proporcionada através de interpretações que revelam a conexão existente entre experiências afetivas e acontecimentos nas vidas dos membros. O modelo de pauta interacional cria uma estrutura cognitiva ajudando os membros a delimitarem e operacionalizarem seus problemas interpessoais e buscarem sistematicamente soluções mediante a solicitação de *feedback*.

PESQUISA

Poucos estudos de resultados foram empreendidos para testar a eficácia de muitos modelos atuais. É provável que a maior concentração desses estudos tenha envolvido os modelos de trei-

namento de habilidades, possivelmente, porque as metas desses modelos são relativamente fáceis de operacionalizar, e o progresso em alcançar essas metas é fácil de ser mensurado. Exemplificando, o modelo de solução de problemas foi utilizado exitosamente com uma população mista de pacientes internados (Coche, Douglas, 1977), uma população esquizofrênica (Pekala, Siegel, Ferrar, 1985) e uma população de abuso de substâncias (Intagliata, 1978). Resultados positivos foram encontrados, quando o modelo de treinamento de habilidades sociais foi utilizado com um grupo esquizofrênico (Liberman, Mueser, Wallace, 1986), um grupo esquizoafetivo (Mueser, Bellack, Douglas, Wade, 1991), um grupo agudo misto (Mueser, Levine, Bellack, Douglas, Brady, 1990), um grupo de abuso de substâncias (Eriksen, Bjornstad, Gotestam, 1986) e um grupo de pessoas com transtornos de personalidade (Rice, Chaplin, 1979). Uma fraqueza da pesquisa tanto do modelo de solução de problemas quanto do modelo de habilidades sociais é que raramente os testes empíricos voltaram-se para a questão da capacidade de generalização — isto é, se o método de solução de problemas ou a habilidade social adquirida são utilizados na vida do paciente fora do hospital (Brabender, Fallon, 1993).

Faltam estudos bem controlados de resultados sobre as variantes estruturadas do modelo interpessoal — isto é, o modelo de pauta interacional e o modelo grupal de enfoque. Entretanto, as versões menos estruturadas da abordagem interpessoal receberam um certo apoio com um grupo de diagnóstico misto (Beutler, Frank, Schieber, Calvert, Gaines, 1984) e com um grupo crônico (Beard, Scott, 1975). A abordagem interpessoal inspirou uma considerável quantidade de pesquisas sobre fatores terapêuticos e mecanismos potenciais de mudança no grupo. Estudos descobriram que pacientes internados de funcionamento relativamente elevado valorizam os tipos de processos que o modelo de pauta interacional enfatiza, tais como aprendizagem interpessoal, aprendizagem vicária e responsabilidade (Leszcz, Yalom, Norden, 1985). Achados desse tipo não constituem dados de resultados, mas sugerem que o tratamento tem probabilidade de ter credibilidade junto aos pacientes e, como tal, evoca sua motivação a participar plenamente dele. Os mesmos investigadores encontraram que os pacientes internados classificam a terapia como apenas segunda em importância quanto a sua terapia individual. Num estudo quase experimental, E. Jane Jones e Mary Ann McColl (1991) encontraram que, após participar de um grupo de pauta interacional durante 20 semanas, os pacientes internados masculinos de uma instituição forense relataram um aumento de interesse em participar de outros grupos de ambiente. Um aumento comensurado, no entanto, foi visto nos participantes de um grupo de habilidades sociais comportamentalmente orientado.

Falta atualmente aos variados modelos psicanalíticos apoio empírico para sua eficácia. Entretanto, um dos aspectos que distingue as abordagens psicanalíticas, particularmente o modelo de relações objetais-sistemas gerais, das variadas abordagens interpessoais e de treinamento de habilidades é a oportunidade que essas abordagens proporcionam aos membros para expressarem afetos negativos numa atmosfera segura. Koch (1983) descobriu que a oportunidade de os membros processarem a hostilidade achava-se associada a aumentos de auto-estima e diminuição da ansiedade subjetiva.

A eficácia comparativa das abordagens existentes com populações diferentes de pacientes internados e em vários tipos de *settings* ainda tem de ser determinada. Entretanto, como elas emergiram dos próprios *settings* de pacientes internados, em vez de serem tomadas de empréstimo de outros locais de tratamento, todas as abordagens têm probabilidade de serem mais bem-sucedidas do que o foram esforços anteriores. Além disso, a formalização das abordagens à psicoterapia grupal de pacientes internados no decurso dos últimos 15 anos deve facilitar grandemente futuros esforços comparativos de pesquisa.

REMISSÕES SUGERIDAS

A teoria dos sistemas é examinada na Seção A.4, e as relações objetais, na Seção B.5. Discute-se a psicoterapia psicanalítica grupal na Seção B.2; a psicoterapia interpessoal grupal, na Seção B.7; a psicoterapia cognitivo-comportamental grupal, na Seção B.9, e a psicoterapia grupal a curto prazo, na Seção B.14. A psicoterapia de grupo com esquizofrênicos é debatida na Seção D.3; com usuários abusivos de substâncias, na Seção D.5, e com pessoas infectadas pelo HIV, na Seção D.8. A seleção e preparação dos pacientes, assim como a organização do grupo, são estudadas na Seção A.7, e debate-se a pesquisa na Seção F.4.

Referências Bibliográficas

Anthony, E. J.: The history of group psychotherapy. Em *The Evolution of Group Therapy*, H. I. Kaplan, B. J. Sadock, orgs., p. 1. Aronson, Nova York, 1972.

Astrachan, B. M., Harrow, M., Flynn, H. R.: Influence of the value system of a psychiatric setting on behavior in group therapy meetings. Soc. Psychiatry 3:165, 1968.

Beard, M. T., Scott, P. Y.: The efficacy of group therapy by nurses for hospitalized patients. Nurs. Res. 24 120, 1975.

Betcher, R. W.: The treatment of depression in brief inpatient group psychotherapy. Int. J. Group Psychother. 33:365, 1983.

Beutler, L. E., Frank, M., Schieber, S., Calvert, S., Gaines, J.: Comparative effects of group psychotherapies in a short-term inpatient setting: An experience with deterioration effect. Psychiatry 47:66, 1984.

Blackman, N.: Experiences with a literary club in the group treatment of schizophrenia. Occup. Ther. 19:293, 1940.

Brabender, V.: The psychological growth of women in a short-term inpatient group. Group 16:131, 1992.

———: Time-limited inpatient group psychotherapy. A developmental model. Int. J. Group Psychother. 35:393, 1985.

*Brabender, V., Fallon, A.: *Models of Inpatient Group Psychotherapy*. American Psychological Association, Washington, 1993.

Clark, D. H.: The therapeutic community: Concept, practice and future. Br. J. Psychiatry 111:947, 1965.

Coche, E.: Problem-solving training: A cognitive group therapy modality. Em *Cognitive Therapy: Applications in Psychiatric and Medical Settings*, A. Freeman, V. Greenwood, orgs., p. 33. Human Sciences, Nova York, 1987.

Coche, E., Douglas, A. A.: Therapeutic effects of problem-solving and play-reading groups. J. Clin. Psychol. 33:820, 1977.

Coche, J., Coche, E.: Group psychotherapy: The severely disturbed patient in hospital. Carrier Found Lett. 113:1, 1986.

Duncan, J., Kennedy, S. H.: Inpatient group treatment. Em *Group Therapy for Eating Disorders*, H. Harper-Giuffre, R. R. MacKenzie, orgs., p. 149. American Psychiatric Press, Washington, 1992.

Eriksen, L., Bjornstad, S., Gotestam, G.: Social skills training in groups for alcoholics: One-year treatment outcome for groups and individuals. Addict Behav. 11:309, 1986.

Foulkes, S. H.: *Introduction to Group-Analytic Psychotherapy: Studies in the Social Integration of Individuals and Groups*. Heinemann, Londres, 1948.

Freeman, A.: Cognitive therapy: An overview. Em *Cognitive Therapy: Applications in Psychiatric and Medical Settings*, A. Freeman, V. Greenwood, orgs., p. 19. Human Sciences, Nova York, 1987.

Greene, L., Cole, M. B.: Level and form of psychopathology and the structure of group therapy. Int. J. Group Psychother. 41:499, 1991.

Griffen-Shelley, E., Wendel, S.: Group psychotherapy with long-term inpatients: Application of a model. Small Group Behav. 19:379, 1988.

Hendren, R. L., Atkins, D. M., Sumner, C. R., Barber, J. K.: A model for the group treatment of eating disorders. Int. J. Group Psychother. 37:499, 1987.
Hogan, L. C.: Managing persons with multiple personality disorder in a heterogeneous inpatient group. Group 16:247, 1992.
Intagliata, J. C.: Increasing the interpersonal problem-solving skill of an alcoholic population. J. Consult. Clin. Psychol. 46:489, 1978.
Jones, E. G., McColl, M. A.: Development and evaluation of an interactional life skills group for offenders. Occup. Ther. J. Res. 11:80, 1991.
Kahn, M., Sturke, I. T., Schaeffer, J.: Inpatient group processes: Parallel unit dynamics. Int. J. Group Psychother. 42:407, 1992.
Kanas, N., Barr, M. A.: Homogeneous group therapy for acutely psychotic schizophrenic inpatients. Hosp. Community Psychiatry 34:257, 1983.
Karterud, S: The influence of task definition, leadership and therapeutic style on inpatient group cultures. Int. J. Ther. Communities 9:231, 1988.
Kernberg, O.: *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*. Aronson, Nova York, 1975.
*Kibel, H. D.: A conceptual model for short-term inpatient group psychotherapy. Am. J. Psychiatry 138:74, 1981.
———: Contributions of the group psychotherapist to education on the psychiatric unit: Teaching through group dynamics. Int. J. Group Psychother. 37:3, 1987a.
———: Inpatient group psychotherapy. Em *Group Therapy in Clinical Practice*, A. Alonso, H. Swiller, orgs., p. 93. American Psychiatric Press, Washington, 1992.
———: Inpatient group psychotherapy: Where treatment philosophies converge. Em *The Yearbook of Psychoanalysis and Psychotherapy*, vol. 2, R. Langs, org., p. 94. Gardner, Nova York, 1987b.
Kiesler, C. A., Simpkins, C.: The de facto national system of psychiatric inpatient care: Piecing together a national puzzle. Am. Psychol. 46:579, 1991.
Klapman, J. W.: *Group Psychotherapy: Theory and Practice*. Grune & Stratton, Nova York, 1946.
Klein, R.: Inpatient group psychotherapy: Practical considerations and special problems. Int. J. Group Psychother. 27:201, 1977.
Klein, R. H., Hunter, D. E. K., Brown, S.: Long-term inpatient group psychotherapy. Int. J. Group Psychother. 36:361, 1986.
Koch, H. C. H.: Correlates of change in personal construing of members. Br. J. Med. Psychol. 56:323, 1983.
Lazell, E. W.: The group treatment of dementia praecox. Psychoanal. Rev. 8:168, 1921.
Leonard, H. S.: What helps most about hospitalization. Comp. Psychiatry 14:365, 1973.
Leopold, H. S.: Selective group approaches with psychotic patients in hospital settings. J. Psychother. 30:95, 1977.
Leszcz, M., Yalom, I. D., Norden, M.: The value of inpatient group psychotherapy: Patients' perceptions. Int. J. Group Psychother. 35:411, 1985.
Levine, H. B.: Milieu biopsy: The place of the therapy group on the hospital ward. Int. J. Group Psychother. 30:77, 1980.
Liberman, R. P., Mueser, K. T., Wallace, C. J.: Social skills training for schizophrenics at risk for relapse. Am. J. Psychiatry 143:523, 1986.
*MacKenzie, R.: *Introduction to Time-Limited Group Psychotherapy*. American Psychiatric Press, Washington, 1990.
Main, T.: The concept of therapeutic community: Variation and vicissitudes. Group Anal. 10:2, 1946.
Marcovitz, R., Smith, J.: An approach to time-limited dynamic inpatient group therapy. Small Group Behav. 14:369, 1983.
Marsh, L. C.: Group treatment by the psychological equivalent of the revival. Ment. Hygiene 15:328, 1931.
Maxmen, J. S.: An educative model for inpatient group therapy. Int. J. Group Psychother. 28:321, 1978.
———: Helping patients survive theories: The practice of an educative model. Int. J. Group Psychother. 34:355, 1984.
Mueser, K. T., Bellack, A. S., Douglas, M. S., Wade, J. H.: Prediction of social skill acquisition in schizophrenic and major affective disorder patients from memory and symptomatology. Psychiatr. Res. 37:281, 1991.
Mueser, K. T., Levine, S., Bellack, A. S., Douglas, M. S., Brady, E. U.: Social skills training for acute psychiatric inpatients. Hosp. Community Psychiatry 41:1249, 1990.
Pattison, E. M., Brissenden, A., Wohl, T.: Assessing specific effects of inpatient group therapy. Int. J. Group Psychother. 17:283, 1967.
Pekala, R. J., Siegel, J. M., Farrar, D. M.: The problem-solving support group: Structured group therapy with psychiatric inpatients. Int. J. Group Psychother. 35:391, 1985.
Powdermaker, F. B., Frank, J. D.: *Group Therapy: Studies in Methodology of Research and Therapy*. Harvard University Press, Cambridge, MT, 1952.
Rice, C. A., Rutan, S.: Boundary maintenance in inpatient therapy groups. Int. J. Group Psychother. 31:297, 1981.
*Rice, C. A., Rutan, J. S.: *Inpatient Group Psychotherapy*. Macmillan, Nova York, 1987.
Rice, M. E., Chaplin, T. C.: Social skills training for hospitalized male arsonists. J. Behav. Ther. Exp. Psychiatry 10:105, 1979.
Rosegrant, J.: A dynamic-expressive approach to brief inpatient group psychotherapy. Group 12:103, 1988.
Saul, S.: Group therapy with confused and disoriented elderly people. Em *Group Psychotherapies for the Elderly*, B. W. MacLennan, S. Saul, M. B. Weiner, orgs., p. 199. International Universities Press, Madison, CT, 1988.
Schilder, P.: The analysis of ideologies as a psychotherapeutic method, especially in group treatment. Am. J. Psychiatry 93:601, 1936.
Spivack, G., Shure, M.: *Social Adjustment of Young Children: A Cognitive Approach to Solving Real-Life Problems*. Jossey-Bass, São Francisco, 1974.
Standish, C. T., Semrad, E. V.: Group psychotherapy with psychotics. J. Psychiatr. Soc. Work 20:143, 1951.
Vinogradov, S., Yalom, I. D.: *Concise Guide to Group Psychotherapy*. American Psychiatric Press, Washington, 1989.
von Bertalanffy, L.: *General Systems Theory*. Brazillier, Nova York, 1968.
Wender, L.: The dynamics of group therapy and its application. J. Nerv. Ment. Dis. 84:54, 1936.
*Yalom, I. D.: *Inpatient Group Psychotherapy*. Basic Books, Nova York, 1983.
———: *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*, 1. ed. Basic Books, Nova York, 1970.
———: *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*, 3. ed. Basic Books, Nova York, 1985.

E.3 Psicoterapia Grupal no Hospital Diurno

Hassan F. A. Azim, M.D., F.R.C.P.C.

INTRODUÇÃO

O hospital diurno ou hospital-dia (*day hospital*) é, de longe, a forma mais comum de hospitalização parcial. Foi lançado no mundo ocidental, em sua forma moderna, na década de 40, e encontra-se hoje numa encruzilhada que promete decidir o destino de sua existência. Dois acontecimentos recentes e importantes são, cada um deles, capazes de afetar o movimento da hospitalização parcial. O primeiro é sua inclusão como despesa cobrável pela primeira vez nos Estados Unidos (American Medical Association, 1992). A relutância de terceiros responsáveis por seu pagamento, encarando a hospitalização parcial em base eqüitativa com os cuidados psiquiátricos ambulatoriais e de pacientes internados, tem sido uma das razões fornecidas para a subutilização crônica da hospitalização diurna.

O outro evento foi o fechamento de um número substancial de instalações de hospitalização parcial nos últimos seis anos, e tem-se de justapor isso ao auge da expansão dos hospitais-dia. Entre 1963 e 1972, ocorreu uma taxa de crescimento anual impressionante, de cerca de 70% no número de programas. O aumento no número de pacientes por eles servidos foi ainda mais expressivo: o dobro da taxa de crescimento dos próprios programas. Relatórios cheios de entusiasmo quase ingênuo e expectativas irrealistas de substituição da necessidade de cuidados a pacientes internados alternaram-se com artigos cheios de pessimismo e, até mesmo, desespero quanto ao futuro dos hospitais diurnos. Passando-se em revista a literatura da hospitalização parcial, fica-se com a impressão distinta de que todo o